

Por los Doctores

LUIS E. PAGLIERE
y **T. SCHIAPPAPIETRA**

UROPERINEFROSIS INTRACAPSULAR. URETEROLITOMIA TRANSCAPSULAR

LA casuística que presentamos corresponde a la ficha N° 267727 del Archivo Clínico del Hospital Italiano de Buenos Aires. Con fecha de ingreso 29 de septiembre del año ppdo. y que hemos tenido oportunidad de examinar y retomar su historia clínica en los días pasados.

Mujer de 47 años de edad, diabética, observando tratamiento. Cuarenta y cinco días antes de su ingreso había padecido el primer cólico renal del lado derecho, episodio que se repite en otras dos ocasiones también del mismo lado y a forma paroxística. El informe radiológico fué positivo respecto a la existencia de sombra calcúlosa, pero un equivocado temor a su diabetes hace resistir la indicación médica exponiéndose a las complicaciones.

Desde hacía 7 días que estaba postrada en cama con dolor que se había iniciado en fosa renal derecha.

A la mañana siguiente a la fecha de su ingreso, presentaba 37,8 de temperatura axilar, expresión de dolor, lengua saburral y un pulso que mantenía una mayor e invariable frecuencia en relación a su temperatura.

Se apreciaba una voluminosa tumoración con franco contacto lumbar, ocupando gran parte del hemiabdomen superior derecho y sobrepasando su polo inferior la línea umbilical. La palpación la presentaba con los caracteres posibles de una gran bolsa uronefrótica.

Pese al tratamiento dietético y a la insulino-terapia a que estaba sometida a su ingreso, la glucemia era grs. 3,14 ‰, glucosuria grs. 10,17 ‰ en 24 horas, ausencia de cetonuria. Urea en sangre grs. 0,40. K. 0,098.

Reserva alcalina, 58,15 ‰.

La evolución fué afebril después del segundo día. Aglucosuria al tercer día, sin conseguir normalizar la glucemia en el preoperatorio.

La radiografía directa muestra del lado derecho una sombra homogénea, de contornos presumibles, que por debajo se superpone a la cresta y parte superior de la concha del hueso iliaco. Borramiento del borde del psoas y ligera conca-

vidad de la columna hacia el lado correspondiente. Superponiéndose a la apófisis transversa de la cuarta lumbar una sombra de tipo calculoso.

Observando las distintas imágenes urográficas se obtiene una idea de la silueta renal y del aparato excretor del lado izquierdo.

Del lado derecho no se agrega ningún detalle a la radiografía directa.

Cromocitoscopia. — Orificio ureteral izquierdo de aspecto normal, eyaculaciones abundantes y periódicamente intermitentes, con orina aparentemente límpida. La zona de implantación del orificio ureteral derecho ligeramente promi-

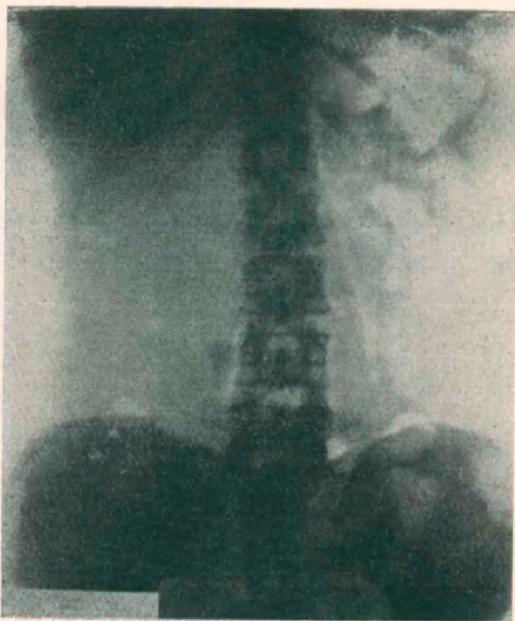


Figura N° 1
Radiografía directa.

nente y edematosa, observándosele en continuado reposo. A los 2' 30" principió en forma abundante la eliminación del índigo carmín por el R. I. Falta de eliminación del índigo carmín por el R. D.

Operación. — Lumbotomía, aparece un gran tumor renitente con todo el aspecto de riñón en distensión, con trocar se punza y aspira gran cantidad de orina casi límpida (aproximadamente un contenido total de 2.000 gramos). Incindido se confirma que la tumoración estaba formada por la cápsula fibrosa del riñón distendido por la orina e incluyendo al órgano completamente decapsulado, con integridad de la superficie de su parénquima, de tamaño normal y fijado solamente por el pedículo. A través de esa gran cavidad intracapsular se

palpa el cálculo y se reconoce el uréter. Se incinde la cápsula y se procede la ureterolitotomía. Puntos de afrontamiento a los labios de la incisión del uréter. Drenaje de la cavidad intracapsular, cierre de la pared por planos.

Postoperatorio. — Muy bueno. Se normaliza la glucemia con menor dosis de insulina.

A los 25 días de operado, la endoscopia muestra la normalidad de la zona de implantación del orificio ureteral derecho y la eliminación del índigo carmín a los 3' 3" por el riñón correspondiente.

El urograma de control muestra la corrección de la posición de la columna,

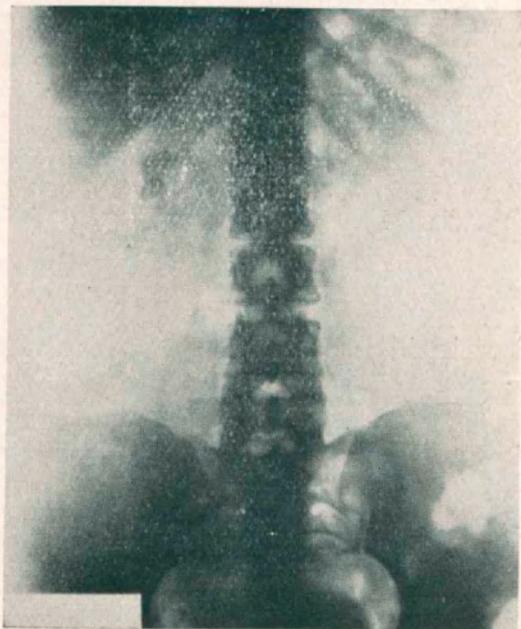


Figura N° 2
Urografía.

la reaparición de la sombra del borde del psoas en el lado derecho y dilatación de la porción superior de la vía excretora del lado correspondiente.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

La cápsula fibrosa del riñón, al llegar al hilio, penetra en la zona del seno, lo tapiza en toda su extensión y se continúa con la

túnica conjuntiva de los cálices y pelvis. De esta manera la cápsula fibrosa tapiza también el sitio de mayor labilidad, que corresponde al punto de inserción del cálce al cuello de la papila en la zona del



Figura N° 3.
Fotografía del cálculo en tamaño natural 2°

seno renal. Esta descripción corresponde a la anatomía normal del órgano; las alteraciones anatómicas que caracterizan la dilatación y

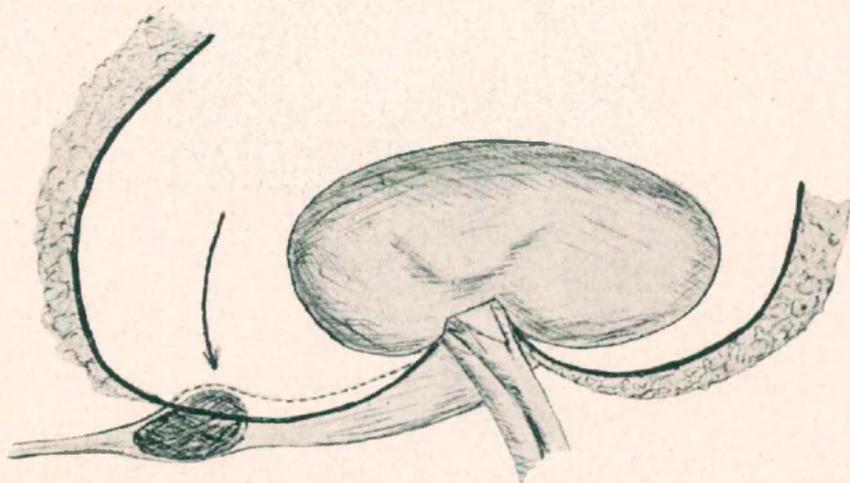


Figura N° 4
Operación.

distensión renal hacen más frágil aún la desplegada zona de inserción calicial. Producido el estallido o la efracción de dicha zona con conservación de la cápsula fibrosa, favorecida por su resistencia y

alcohalda por la grasa del seno, es fácil explicarse el mecanismo de la infiltración urinosa entre la cápsula propia y el parénquima. Queda así constituída la uroperinefrosis intracapsular.

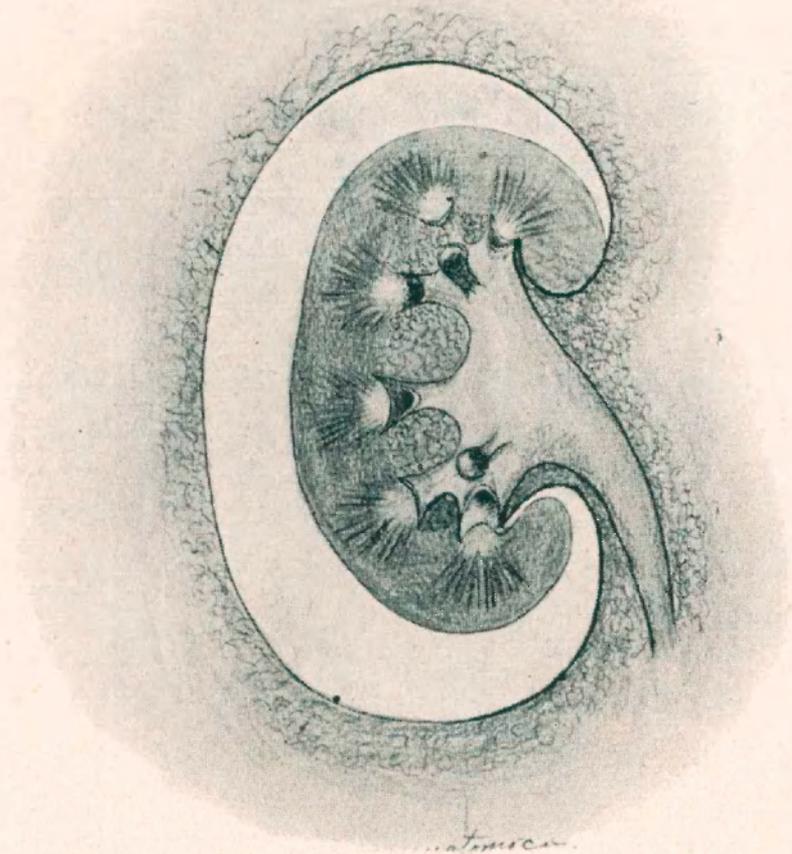


Figura N° 5
Consideraciones anatómicas.

CONCLUSIONES

Toda colección urinosa intracapsular con integridad de la superficie del parénquima, obedece a un punto de efracción en el lugar de mayor labilidad, que corresponde al ángulo de inserción calicial.

En el presente caso; la mayor presión hidráulica de la vía excretora en su porción supracalculosa, sin que mediase un trauma-

tismo evidente, ha sido la causa del estallido del punto lábil anteriormente señalado.

Contestando al Dr. Astraldi. — Los autores clásicos describen la pseudo uronefrosis como complicación traumática y consideran como indispensable para su formación también la herida de las vías de excreción. El caso que terminamos de describir se caracterizaba por la integridad del parénquima renal, por ser intracapsular de contenido límpido y por la ausencia de traumatismo. Aún considerándolo incluido dentro del difuso capítulo de las pseudo-uronefrosis; la presente lesión corresponde a una ruptura probablemente espontánea por aumento de presión y por razón de ser intracapsular con integridad de parénquima, tiene que responder a una efracción con localización fija y determinada. Es, pues, una variedad de ruptura probablemente espontánea, con lesión precisa en el punto de inserción calicial.